Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/10701

08. 05. 98

Große Anfrage

der Abgeordneten Klaus Kirschner, Petra Ernstberger, Lilo Blunck, Regina Schmidt-Zadel, Dr. Marliese Dobberthien, Hermann Bachmaier, Ingrid Becker-Inglau, Hans-Werner Bertl, Peter Enders, Dagmar Freitag, Karl-Hermann Haack (Extertal), Eike Hovermann, Gabriele Iwersen, Renate Jäger, Dr. Uwe Jens, Marianne Klappert, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Horst Kubatschka, Brigitte Lange, Waltraud Lehn, Doris Odendahl, Dr. Martin Pfaff, Dr. Eckart Pick, Bernd Reuter, Gudrun Schaich-Walch, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Dagmar Schmidt (Meschede), Dr. R. Werner Schuster, Dr. Angelica Schwall-Düren, Dr. Sigrid Skarpelis-Sperk, Wieland Sorge, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Jella Teuchner, Dr. Gerhard Thalheim, Uta Titze-Stecher, Matthias Weisheit, Verena Wohlleben, Rudolf Scharping und der Fraktion der SPD

Patientenselbstbestimmung und Patientenschutz bei fehlerhafter medizinischer Behandlung

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Position von Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungserbringern im Gesundheitswesen unzureichend. Selbst bei offensichtlichen Behandlungsfehlern ist es für Patientinnen und Patienten schwer, zu ihrem Recht zu kommen und ihre Forderungen durchzusetzen. Darüber hinaus mangelt es an unabhängigen Beratungs- und Vertretungsmöglichkeiten z. B. durch Patientenbeauftragte oder Verbraucherzentralen. Hier besteht ein Regelungsbedarf sowohl im Sinne der Patienten als auch der Ärzte, denn jede Beschuldigung eines Arztes wegen fehlerhafter Behandlung schadet auch seinem Ansehen.

Bei einer ärztlichen Behandlung wird die Rechtsbeziehung zwischen Arzt bzw. Krankenhaus und Patienten durch die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), die Rechtsprechung und durch das Sozialgesetzbuch bestimmt:

Zwischen behandelndem Arzt und Patient besteht ein Dienstleistungsverhältnis. Der Arzt erbringt für den Patienten eine Dienstleistung, die in seinem Bemühen um Hilfe und Heilung besteht. Diese Dienstleistung führt zwar nicht immer zum gewünschten Heilungserfolg, dieser wird vom Arzt auch nicht geschuldet. Der Arzt schuldet dem Patienten vielmehr eine Behandlung nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft, und er hat die Pflicht zur Aufklärung. Der Patient hat im Rahmen dieser Dienstleistung ein Recht auf Aufklärung über seine Erkrankung,

über Chancen und Risiken der diagnostischen Verfahren sowie über die Behandlung. Die Behandlung muß Facharztstandard in Anamnese, Diagnostik und Therapie entsprechen. Die Behandlung ist sachgerecht zu organisieren und zu dokumentieren. Dabei steht dem Patienten das Recht auf Wahl der Behandlungsmethode zu. Der Patientenwille hat also Vorrang vor der ärztlichen Therapiefreiheit. Soweit die Theorie.

„Das Verhältnis der Mitglieder einer Gesellschaft untereinander wird durch ungeschriebene und geschriebene Gesetze und Verhaltensanweisungen geregelt." Diese Feststellung des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gilt auch für das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Dieses Verhältnis ist im allgemeinen paternalistisch geprägt. Denn in der Praxis durchschauen die meisten Patienten die Tätigkeit des Arztes kaum. Es besteht die Gefahr, daß die Aufklärung

a) aufgrund der wenig patientengerechten Fachsprache, derer sich die meisten Ärzte bedienen und

b) mangels Fachkenntnissen des Patienten (was eine auf die Kenntnisse des Patienten eingestellte, verständliche Sprache und damit größeres Aufklärungsbemühen des Arztes erfordert) unverständlich bleibt.

So willigen Patienten häufig in die vom Arzt vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ein, ohne ihr Risiko zu erfassen. Der Patient vertraut in dieser Situation dem Arzt häufig gutgläubig. Zwar hat der Patient das Recht, die Zweitmeinung eines anderen Arztes einzuholen, doch ist dieses Recht zu wenig bekannt. Von den Leistungserbringern unabhängige Beratungsmöglichkeiten gibt es nicht. Diese Umstände machen es für die Patienten schwer, ihre Aufklärungs- und Selbstbestimmungsrechte effektiv wahrzunehmen.

Begeht der Arzt bzw. das Krankenhaus einen Fehler und wird der Patient geschädigt, so wird das Prekäre dieses Dienstleistungsverhältnisses besonders deutlich. Der Patient muß sich, will er Wiedergutmachung für den erlittenen Schaden erreichen, auf eine Auseinandersetzung einlassen, in der er in bezug auf Fachwissen, psychische und häufig auch körperliche Verfassung dem Arzt und erst recht dem Krankenhaus von vornherein unterlegen ist. Dies gilt um so mehr, je schwerer der Patient oder die Patientin geschädigt worden ist.

Auf der anderen Seite gibt es auch Fälle, bei denen Ärzte von Patienten einer Falschbehandlung beschuldigt werden, weil die fachgerechte Behandlung nicht zu der vom Patienten und vom Arzt erhofften Heilung oder Besserung geführt hat. Hier muß der Arzt, um einer Schädigung seines Rufes vorzubeugen, ein Interesse an einer zügigen Klärung haben.

Die genaue jährliche Anzahl entschädigungspflichtiger Schadensfälle ist nicht bekannt. Schätzungen aus den 90er Jahren bewegen sich zwischen 15 000 und 30 000 Schadensmeldungen pro Jahr. Zusätzlich gibt es nach Hochrechnungen von Patientenvereinigungen eine erheblich höhere Dunkelziffer nicht gemeldeter Behandlungsschäden.

Zur Klärung und Durchsetzung solcher Ansprüche spielen die außergerichtlichen Verfahren eine entscheidende Rolle. Nach Einschätzung von Arzthaftungsexperten werden 90 % aller gemeldeten Schadensfälle außergerichtlich erledigt. Die restlichen 10 % der Fälle, bei denen der Rechtsweg beschritten wird, werden zumeist mit Vergleichen abgeschlossen. Die Streitbeilegung durch rechtskräftige Urteile macht nur einen verschwindend geringen Prozentsatz aus.

Die Hürden für die Aussicht auf Schadensersatz sind infolge der Rechtslage hoch. Der Patient muß in der Regel – von den von der Rechtsprechung entwickelten Fällen einer Beweiserleichterung oder Beweislastumkehr abgesehen – nicht nur nachweisen, daß der Arzt bzw. das Krankenhaus einen Fehler gemacht hat, sondern auch, daß den Arzt bzw. das Krankenhaus ein Verschulden trifft und daß dieser Fehler Ursache für die gesundheitliche Beeinträchtigung ist (Kausalitätsnachweis). Ist dieser Nachweis gelungen, so ist durchaus nicht gesichert, daß die Haftpflichtversicherung zahlt. Während bei Sachschäden, beispielsweise bei Großbränden, zweistellige Millionenbeträge in verhältnismäßig kurzer Zeit gezahlt werden, lassen Zahlungen bei Personenschäden lange auf sich warten. Die Patienten sehen sich dann vor die Alternative gestellt, entweder einen langwierigen Zivilprozeß zur Durchsetzung ihrer Haftungsansprüche zu führen oder einer für sie oftmals ungünstigen einmaligen Abfindung zuzustimmen. Bei solchen Vergleichen bleibt häufig unberücksichtigt, daß sich der Gesundheitszustand des Geschädigten aufgrund des Behandlungsfehlers in Zukunft verschlechtern kann. Die psychische Zermürbung der Patienten zahlt sich somit in vielen Fällen für die Haftpflichtversicherer aus. Medizinhaftpflichtschäden aber sind häufig Dauerschäden. In Anbetracht des Abbaus von sozialen Leistungen und der zunehmenden Inanspruchnahme von Eigenbeteiligungen durch den Gesetzgeber bekommt die Schadensregulierung, die auch eine nicht absehbare eventuelle Verschlimmerung der Schadensfolgen berücksichtigt, zunehmende Bedeutung.

Einige Behandlungsgeschädigte suchen sich zu ihrer Unterstützung einen Rechtsanwalt. Die Beauftragung eines Anwaltes ist aber, sofern keine Rechtsschutzversicherung besteht, eine besondere Hürde, weil für die Geschädigten zunächst nicht absehbar ist, ob ihnen die damit entstehenden Kosten am Ende ersetzt werden.

Ansonsten fehlt es bei derartigen Auseinandersetzungen an Unterstützung für die Patienten. Zwar kann die gesetzliche Krankenkasse bei Behandlungsfehlern im Wege einer freiwilligen Leistung Unterstützung gewähren. Die Erfahrungen betroffener Menschen mit dieser Kann-Leistung sind aber unterschiedlich. Meist bleiben sie alleingelassen, wenn ihre Krankenversicherung nicht zufällig an einem Modellprojekt zur Unterstützung von Behandlungsgeschädigten nach § 66 SGB V teilnimmt oder wenn sie nicht im Einzugsgebiet einer der ganz wenigen und überlasteten Patientenberatungsstellen wohnen.

Angesichts dieser Lage stellte der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1992 fest, daß eine spezielle Definition von Patientenrech-

ten im Rahmen der allgemein anerkannten Menschenrechte erforderlich sei, da der Patient, „der idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitswesens steht, sich durch Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit befindet und daher eines besonderen Schutzes bedarf" (Ziffer 352). Dies gelte insbesondere für ältere Menschen, Pflegebedürftige, Behinderte sowie hinsichtlich der biomedizinischen Forschung am Menschen. Der Patient solle Unterstützung dabei erhalten, seine Rechte durchzusetzen, „z. B. wie in den USA mit Hilfe von Patientenbeauftragten, die dem Patienten rund um die Uhr zur Verfügung stehen. In der Bundesrepublik sollte die Entwicklung die rechtliche Verankerung, eine Implementierung und geeignete Strukturen umfassen. Diese Strukturen sollten folgendes ermöglichen:

- den auf gesetzlich verankerter Grundlage an den einzelnen Institutionen wirkenden Patientenbeauftragten (patients rights advocate),
- Beschwerdeprogramme,
- Schiedsstellen und
- Patientenräte (in erster Linie in Institutionen der Langzeitpflege)." (Ziffern 389 und 390).

Der Sachverständigenrat empfahl, die bestehenden rechtlichen Vorgaben in einer für Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten zugänglichen Patientencharta zusammenzufassen (Ziffer 358), das Thema Patientenrechte in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen Tätigen zu rücken, um eine breite Diskussion darüber anzuregen und einen Konsens über die Kodifizierung der Patientenrechte in einer Patientenrechts-Charta zu erreichen. Diese sollte neben der Festschreibung der Patientenrechte auch das „Verhältnis zwischen den Leistungserbringern und Patienten regeln sowie verfahrens- und organisationsrechtliche Möglichkeiten zu ihrer Durchsetzung schaffen." (Ziffern 395 und 396). Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Länder sprachen sich 1996 dafür aus, gemäß den Vorschlägen des Sachverständigenrates Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu ergreifen.

Die 5. Konferenz der Gesundheitsminister der im Europarat vertretenen 40 europäischen Staaten befaßte sich ebenfalls mit dem Thema Patientenschutz. Sie verabschiedete am 8. November 1996 in Warschau eine Erklärung zum Thema „Soziale Herausforderung an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte in Zusammenhang mit Gesundheitsreformen." Es sei eine europäische Herausforderung, angesichts der vielfältigen Reformen die Gesundheitsversorgungssysteme der Mitgliedsländer so zu entwickeln, daß sie die in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und in der Europäischen Sozialcharta formulierten Grundrechte verwirklichen, um damit zu sozialer Gerechtigkeit und politischer Stabilität beizutragen. Die Konferenz forderte u. a. die Definition von Patientenrechten und einen „new social deal" zwischen Patienten, Leistungserbringern und

Kostenträgern, mit Hilfe dessen Patientenbelange und -rechte integraler Bestandteil des jeweiligen Gesundheitssysterns werden. Bürger- bzw. Patientenvertreter sollten aktiv und verantwortlich in die Gestaltung, Steuerung und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung einbezogen sein. Dies beinhalte die institutionelle und finanzielle Förderung geeigneter Organisationen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten und den Aufbau eines effektiven Instrumentariums zum Umgang mit Versorgungsmängeln und Behandlungsfehlern.

In den Jahren zwischen 1986 und 1994 erarbeitete das WHO-Regionalbüro für Europa Prinzipien und Strategien zur Stärkung von Patientenrechten sowie Empfehlungen für eine Patientencharta. Sie wurden als Orientierungshilfe unter dem Titel „Principles of the Rights of Patients in Europe" im Rahmen einer internationalen Tagung 1994 in Amsterdam von den 36 Teilnehmerstaaten verabschiedet. Im Vordergrund standen unter anderem Fragen der Patientenaufklärung (Information und Einwilligung), der Vertraulichkeit und des Schutzes der Privatsphäre, des Anspruchs auf Versorgung und Behandlung, der Beziehungen zwischen Gesundheitspersonal und Patienten sowie Fragen der Gesundheitserziehung und soziale Rechte.

Die Empfehlungen der WHO wurden inzwischen in zahlreichen Ländern umgesetzt, u. a. durch Erarbeitung einer Patientencharta und/oder durch die Einführung spezieller Patientenschutzgesetze. Beispielhaft sind hier besonders die österreichischen Patientenanwaltschaften hervorzuheben, die als unabhängige, weisungsungebundene gesetzliche Ombudseinrichtungen geschaffen wurden. Patientenchartas existieren außerdem bereits in San Marino, Großbritannien, Irland, Dänemark und Spanien, aber auch in Indien, Südkorea und Malaysia. Patientenschutzgesetze gibt es bereits in den Niederlanden, in der Schweiz, in Frankreich, Griechenland, Finnland sowie den USA, Israel, Indonesien und Australien.

Angesichts tiefgreifender Veränderungen der Sozialsysteme dürfen die Patientenrechte und die Pflichten der Gesundheitsberufe unter dem Druck wirtschaftlicher Kräfte und Interessen auch in Deutschland nicht verlorengehen.

Wir fragen die Bundesregierung:

I. Transparenz medizinischer Tätigkeit

1. Wie sollen Menschen in einem Gesundheitswesen, dem zunehmend Elemente des Wettbewerbs auferlegt werden, die notwendige Übersicht über die Qualität seiner Leistungen erhalten?

2. Welche Möglichkeiten haben Patienten, sich vor der Arztwahl zu informieren über die in Frage kommenden Leistungsanbieter?

3. Welche Möglichkeiten haben Patienten, die Diagnose und Indikation des behandelnden Arztes vor Beginn einer Behandlungsmaßnahme zu kontrollieren?

4. Bestehen in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend Verträge, die die gesetzliche Vorschrift des § 137 Satz 5 SGB V umsetzen, wonach in diesen Verträgen auch zu regeln ist, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind?

   Wenn nein, wo nicht, und warum nicht?

5. Wie wird die Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten definiert?

   Ist der Arzt in diesem Rahmen verpflichtet, über Alternativen zu der von ihm vorgeschlagenen Behandlung sowie über den Stand der ihm zur Verfügung stehenden medizinischen Technik aufzuklären?

6. Welche Chancen räumt die Bundesregierung der Einführung einer umfassenden Behandlerdatenbank ein, in der im Hinblick auf eine Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung die Veröffentlichung und systematische Verfügbarkeit sowohl der Schlichtungsverfahren als auch der gerichtlichen Verfahren wegen Behandlungsfehlern vorzusehen ist, wobei zwar die Patientendaten, nicht aber die Behandlerangaben anonymisiert werden?

7. Welche Vorschriften, beispielsweise des Datenschutzes und des Wettbewerbsrechtes, stehen u. a. der Schaffung einer größeren qualitätsbezogenen Transparenz im Wege?

8. Was bewertet die Bundesregierung in diesem Bereich höher: Transparenz über Angebote von Behandlungsmethoden und Profile unterschiedlicher Leistungserbringer oder das Wettbewerbs- und das Datenschutzrecht?

9. Liegt der Bundesregierung eine Übersicht über und Auswertung von Verfahren aller Schiedsstellen und Gerichte wegen Behandlungsfehlern vor?

   Welche Erkenntnisse ergeben sich aus dieser Auswertung in bezug auf

   — Häufungen bei bestimmten Fachgebieten?
   — die Anwendung der Apparatediagnostik?
   — die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgebiete?
   — die Aus- und Weiterbildung von Ärzten?
   — die Aus- und Fortbildung der zugeordneten nichtärztlichen Tätigkeiten?
   — eine gründliche Aufklärung vor zwingend notwendigen, wie auch vor nicht zwingend erforderlichen Eingriffen?
   — die Anamnese und auf die Beachtung der Beschwerden des Patienten ?
   — die Auswertung von Röntgenaufnahmen?
   — weitere Untersuchungen vor der Gabe von Schmerzmitteln bei anhaltenden Schmerzzuständen?

   (Bitte gesondert nach Regionen darlegen.)

Welche Schlußfolgerungen wurden aus einer solchen Auswertung gezogen, und welche Maßnahmen wurden ergriffen?

10. Beabsichtigt die Bundesregierung, künftig eine jährliche Berichterstattung über Behandlungsfehler in der Bundesrepublik Deutschland zu geben?

11. Verfügt die Bundesregierung über eine vergleichende europäische oder internationale Übersicht über Behandlungsfehler?

II. Modelle eines Patientenschutzes

12. Welche Einrichtungen gibt es in der Bundesrepublik Deutschland, die – unabhängig von den Leistungserbringern des Gesundheitswesens – professionelle Patientenberatung anbieten?

    Wie sind diese Einrichtungen personell/stellenmäßig ausgestattet?

    Wie stellt sich das Angebot an Patientenberatung pro Kopf der Bevölkerung dar?

13. Welche Selbsthilfegruppen gibt es, die auf ehrenamtlicher Grundlage Patientenberatung betreiben?

    Wie sind diese Gruppen materiell ausgestattet?

14. Welche Schlußfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, daß diese Gruppen vehement an die Politiker appellieren, die Position der Medizingeschädigten zu verbessern und mehr Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen zu schaffen?

15. Wie beurteilt die Bundesregierung die Empfehlung des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 1992, wonach die bestehenden rechtlichen Vorgaben in einer für Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten zugänglichen Patientencharta zusammengefaßt und das Thema Patientenrechte in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen Tätigen gerückt werden sollten, um eine breite Diskussion darüber anzuregen und einen Konsens über die Kodifizierung der Patientenrechte in einer Patientenrechtscharta zu erreichen?

    Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung eingeleitet, um diese Empfehlung umzusetzen?

16. Wie steht die Bundesregierung zu der Aufforderung der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Länder vom 21. November 1996, gemäß den Vorschlägen des Sachverständigenrates Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu ergreifen?

    Wann und in welcher Form wird die Bundesregierung dieser Aufforderung nachkommen?

17. Wie steht die Bundesregierung zu dem Warschauer Beschluß der 5. Konferenz der Gesundheitsminister der im Europarat vertretenen Staaten vom 8. November 1996 zum Thema „So-

ziale Herausforderung an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte im Zusammenhang mit Gesundheitsreformen"?

Was hat die Bundesregierung unternommen, um ihn in Deutschland umzusetzen?

18. Wie steht die Bundesregierung zu der 1994 in Amsterdam verabschiedeten WHO-Empfehlung „Principles of the Rights of Patients in Europe" zur Stärkung von Patientenrechten?

    Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um diese in der Bundesrepublik Deutschland umzusetzen?

19. Wie beurteilt die Bundesregierung die vielfältigen Vorschläge zur Verbesserung des Patientenschutzes, insbesondere folgende Vorschläge:

    - die Beweislast für die Geschädigten generell zu erleichtern,
    - eine verschuldensunabhängige Haftung für den behandelnden Arzt nach schwedischem Vorbild einzuführen, die bei Nachweis eines Schadens durch den Patienten die zermürbenden Aufklärungsschwierigkeiten, bei der die Ärzte aufgrund der Haltung der Haftpflichtversicherungen in eine problematische juristische Position gedrängt werden, für die Patienten erspart bzw. erleichtert,
    - eine rechtliche Regelung zu schaffen, die den Beschäftigten des Gesundheitswesens die Möglichkeit gibt, Behandlungsfehler von sich aus zu melden, ohne Angst vor Nachteilen haben zu müssen,
    - eine rechtliche Regelung zu schaffen, die Ärzten die Möglichkeit eines Schuldeingeständnisses gibt, ohne den Versicherungsschutz zu verlieren,
    - die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern durch unabhängige Schiedsstellen für Arzthaftpflichtfragen zu ersetzen und damit Ombudsstellen zu schaffen, die – ähnlich dem österreichischen Modell der Patientenanwaltschaft – über das Gesundheitswesen sowie seine sachgemäße Inanspruchnahme, über Patientenrechte, deren Anwendung und Durchsetzung informiert, bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Patient und Leistungserbringer vermittelt und bei Patientenschäden über die außergerichtliche Schadensregulierung entscheidet,
    - das Kostenrisiko geschädigter Patienten durch eine generelle Patienten-Rechtsschutzversicherung aufzufangen,
    - das Krankenversicherungsrecht zu ändern und die Kann-Bestimmung des § 66 SGB V in eine zwingende Vorschrift umzuwandeln und damit einer Petition der Notgemeinschaft Medizingeschädigte aus dem Jahre 1995/96 zu entsprechen,
    - das Krankenversicherungsrecht so zu ändern, daß eine Patientenunterstützung durch Krankenkassen nach dem belgischen Modell geschaffen wird,
    - Maßnahmen zu ergreifen, damit die betroffenen Patienten und die Krankenkassen künftig regelmäßig alle mit Behandlungsschäden zusammenhängenden Informationen

erhalten, z. B. durch Einführung einer Meldepflicht von Ärzten und Krankenhäusern bei Hinweisen auf Gesundheitsschäden aus Behandlungsfehlern,

– Maßnahmen zu ergreifen, die die gutachterliche Tätigkeit in Arzthaftpflichtfragen beschleunigen, verbessern und transparent machen,

– die Rolle des Medizinischen Dienstes (MDK) zu stärken und seine Handlungsfähigkeit zu verbessern,

– einerseits zu verhindern, daß sich in der Bundesrepublik Deutschland eine unnötig kostentreibende Defensivmedizin entwickelt und andererseits dennoch die Patientenselbstbestimmung und den Patientenschutz wirksam zu verbessern?

III. Gutachter- und Schlichtungsstellen

20. Wie steht die Bundesregierung zu der Tatsache, daß sie einerseits in dem von ihr 1996 herausgegebenen Ratgeber „Schlichten ist besser als Richten" empfiehlt, vor Anrufung einer Schiedsstelle darauf zu achten, ob diese die Unabhängigkeit ihrer Tätigkeit gewährleistet und paritätisch zusammengesetzt sei (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: Schlichten ist besser als Richten – Beratung und Vermittlung in Streitfällen), sie aber andererseits sieht, daß die bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen diesen Kriterien, insbesondere was Unabhängigkeit und Parteiferne betrifft, nicht entsprechen?

Zahlen

21. Wie viele Schlichtungsanträge wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bei den von den Landesärztekammern eingerichteten Gutachter- und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen pro Jahr gestellt? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

22. Wie viele Schlichtungsanträge davon wurden zur Verhandlung angenommen? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

23. Gibt es bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen für die Annahme von Schlichtungsanträgen Verjährungs- bzw. Ausschlußregelungen?

    Wenn ja, wie lauten diese und wie viele Anträge wurden bisher mit dieser Begründung zurückgewiesen? (Bitte für jede Gutachter-/ Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

24. Wie groß ist der Anteil der durch die Gutachter- und Schlichtungsstellen außergerichtlich erledigten Schadensmeldungen im Jahr, bei denen ein Behandlungsfehler anerkannt und Schadensersatz geleistet wurde? (Bitte für jede Gutachter-/ Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

25. Wie hoch ist der Anteil der Ablehnungen von Ansprüchen aus Behandlungsfehlern bei den Schlichtungsverfahren, und wo-

rauf ist der hohe Anteil der Ablehnungen zurückzuführen? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

26. Hat die Bundesregierung die Behauptung der Versicherungsbranche überprüft, wonach es sich bei den abgelehnten Fällen meist um unberechtigte Schadensmeldungen handelt?

27. In wie vielen Schlichtungsverfahren waren die Antragsteller anwaltlich vertreten, und wie viele hiervon gingen für die Antragsteller erfolgreich aus, wie viele scheiterten? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

28. Wie sehen die Vergleichszahlen aus bei Schlichtungsverfahren, in denen die Antragsteller nicht anwaltlich vertreten wurden? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

29. Wie sehen die Vergleichszahlen aus bei Schlichtungsverfahren, in denen die Antragsteller, zum Beispiel von Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen etc., begleitet wurden? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Zusammensetzung

30. Wie sind die Gutachter- und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen der einzelnen Ärztekammern jeweils personell und fachlich zusammengesetzt?

Schlichtungsverfahren

31. Wie sehen die jeweiligen Verfahrensordnungen der Gutachter und Schlichtungsstellen aus, und wie sind diese Verfahrensordnungen jeweils zustande gekommen?

32. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen sehen in ihren Verfahrensordnungen die Hemmung der Verjährung vor?

33. Wie lange dauern die Verfahren?

    Wie viele Verfahren dauerten in der Vergangenheit weniger als 6 Monate, wie viele weniger als 12 Monate, wie viele bis zu 18 Monate, wie viele länger? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

34. Wie werden im Verfahren die Tatsachen ermittelt? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

35. Führen die Gutachter- und Schlichtungsstellen eigenständige Untersuchungen des Sachverhalts durch?

    Wenn ja, welche Schlichtungsstellen?

    Wenn nein, welche nicht?

36. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen prüfen die Vollständigkeit der Krankenunterlagen und würdigen Dokumentationsmängel?

    Welche nicht, und warum nicht?

Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen entspricht die Würdigung von Dokumentationsmängeln der Rechtsprechung, die diese für Zivilverfahren gefällt hat?

Bei welchen nicht?

37. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen prüfen, ob der behandelnde Arzt seiner Aufklärungspflicht in vollem Umfang nachgekommen ist?

    Welche nicht, und warum nicht?

38. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen findet immer die persönliche Teilnahme des Patienten an der Verhandlung statt?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

39. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen findet eine institutionalisierte Unterstützung des Patienten im Verfahren statt, ohne daß der Patient einen Rechtsanwalt beauftragen muß?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

40. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen wird der Patient ausreichend gehört?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

41. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen ist gewährleistet, daß generell eine mündliche Verhandlung mit Befragung von Zeugen und Sachverständigen stattfindet und daß der Patient Beweisanträge stellen kann?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

42. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen sind in der Verfahrensordnung Einspruchsmöglichkeiten für den Patienten geregelt, und in welcher Form?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

43. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen ist im Schlichtungsverfahren jeweils die Offenlegung aller Schriftstücke und Dokumente für die betroffenen Patienten gewährleistet?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

44. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen finden die von der Rechtsprechung zugunsten der Patienten für den Zivilprozeß entwickelten Grundsätze auch im Schlichtungsverfahren Anwendung, wonach für bestimmte Fälle Beweiserleichterungen bis hin zu einer Umkehr der Beweislast („grobe Behandlungsfehler") gelten?

    Bei welchen nicht, und warum nicht?

45. Von welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen werden alle Ergebnisse der Schlichtungsverfahren – wie bei Gerichtsurteilen – veröffentlicht?

    Von welchen nicht, und warum nicht?

Begutachtung bei Schlichtungsverfahren

46. Gibt es Richtlinien für die Begutachtung?

a) Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen haben feste Richtlinien für die Begutachtung erstellt, welche nicht?

b) Welche Festlegungen sehen diese Richtlinien für die Begutachtung vor? (Bitte für jede einzelne Gutachter- / Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

c) Wie kamen die Richtlinien für die Begutachtung zustande? (Bitte für jede einzelne Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

d) Gibt es Unterschiede bei den Richtlinien?

Wenn ja, welche?

47. Welche Qualifikationsmerkmale sind Voraussetzung für eine gutachterliche Tätigkeit? (Bitte für jede Gutachter- /Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

48. Wie viele Gutachterpersonen stehen für die einzelnen Fachrichtungen zur Verfügung?

Ist der Wechsel bei der Beauftragung der Begutachtung gewährleistet?

Wenn ja, mit wie vielen Gutachten wird jede Gutachterperson pro Jahr betraut? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

49. Wie viele Gutachten wurden jährlich bei Schlichtungsverfahren in Auftrag gegeben? (Bitte für jede Gutachter-/ Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

50. Wie viele dieser Gutachten wurden ohne persönliche Untersuchung des Patienten erstellt?

Wie viele der Gutachten ohne persönlicher Untersuchung des Patienten verneinten im Ergebnis einen Behandlungsfehler, wie viele erkannten ihn an?

Wie sehen die Vergleichszahlen für Gutachten aus, bei denen der Patient persönlich untersucht wurde? (Bitte für jede Gutachter- /Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

51. Welche Mitwirkungsmöglichkeiten haben die Patienten bei der Auswahl der Gutachterperson? (Bitte für jede Gutachter-/ Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen werden die betroffenen Patienten über die Person des Gutachters lediglich informiert?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

52. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen stellen den Patienten die an die Gutachterperson gestellten Fragen unaufgefordert zur Verfügung?

Welche nicht, und warum nicht?

53. Werden die Gutachten verständlich für medizinische Laien abgefaßt?

Wenn ja, in welcher Gutachter- und Schlichtungsstelle ist dies der Fall?

54. Wie hoch ist der Anteil der Schlichtungsfälle, in denen sich die jeweilige Gutachter- und Schlichtungsstelle der Beurteilung der Gutachterperson angeschlossen hat?

    In wie vielen Fällen wichen die Gutachter- und Schlichtungsstellen vom Ergebnis der Begutachtung ab, und in welcher Weise? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

55. Wie beurteilt die Bundesregierung die bekanntermaßen vorhandenen Unterschiede zwischen den Gutachter- und Schlichtungsstellen, die sowohl beim Verfahren als auch bei der Durchsetzungsparität vorhanden sind?

    Wie beurteilt sie diese Unterschiede im Hinblick auf die damit vorhandene Rechtsungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland?

56. Wie häufig wurden berufsrechtliche Ermittlungen gegen Ärzte wegen nachgewiesener Behandlungsfehler von seiten der Ärztekammern eingeleitet, und mit welchem Ergebnis?

IV. Inanspruchnahme der Gerichte bei Verdacht auf Behandlungsfehler

57. Wie viele gerichtliche Verfahren waren nach Kenntnis der Bundesregierung pro Jahr wegen Verdachts auf Behandlungsfehler anhängig?

58. Wie hoch war dabei der Anteil jener Verfahren, denen ein erfolgloses/vorzeitig beendetes Schlichtungsverfahren vorangegangen war? (Bitte für jede Gutachter/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

59. Wie häufig orientierten sich die Gerichte an den Entscheidungen der Gutachter- und Schlichtungsstellen, und wie oft wichen sie davon ab?

60. Wie hoch war bisher der Anteil der Verfahrensabschlüsse insgesamt, bei denen den Geschädigten Schadensersatz, Schmerzensgeld, eine Rente etc. zugesprochen wurde?

61. Wie lange dauern die gerichtlichen Verfahren über Behandlungsschäden? (Bitte zeitliche Aufgliederung wie folgt: weniger als 6 Monate, bis zu 12 Monate, bis zu 18 Monate, bis zu 24 Monate, länger als 24 Monate.)

62. Was sind die Ursachen für eine lange Verfahrensdauer?

63. Sind die Spruchkörper angemessen ausgestattet, um eine sachgerechte umsichtige Aufklärung des komplexen Behandlungsgeschehens im Arzthaftungsfall durchzuführen?

64. Wie lange dauern die Verjährungsfristen für die Haftung der Leistungserbringer?

65. Wie lange sind die Leistungserbringer verpflichtet, Krankenakten aufzubewahren?

66. Welche Aussichten auf Schadensregulierung haben Geschädigte bei Spätschäden infolge radiologischer Diagnostik, bei Krankenhausinfektionen, bei internistischen Problemen?

67. Kann die Bundesregierung Auskunft geben, in wie vielen Fällen geschädigte Patienten bei nachgewiesener Falschbehandlung keinen Schadensersatz/kein Schmerzensgeld erhalten haben, weil sie mangels rechtlicher und medizinischer Fachkenntnisse nicht den richtigen Gegner (erstbehandelnder Arzt, nachbehandelnder Arzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung etc.) benannt haben beziehungsweise eventuell anderen Schuldigen im Verfahren nicht (rechtzeitig) den Streit verkündet haben?

68. Wie hoch ist das Kostenrisiko, das ein geschädigter Patient auf sich nehmen muß, wenn er seinen erlittenen Gesundheitsschaden im Wege der Zivilklage geltend machen will?

    Wie hoch ist dabei der Anteil der Gutachterkosten?

    Wie hoch ist der Anteil der Rechtsanwalts- und Gerichtskosten?

    Wie hoch ist das verbleibende Kostenrisiko für einen Patienten bei Inanspruchnahme der Prozeßkostenhilfe?

69. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, daß bei der Inanspruchnahme eines Gerichtes für den Patienten das finanzielle Kostenrisiko um so höher ist, je höher der Gesundheitsschaden ist, der die Höhe des Streitwerts bestimmt?

70. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der Schadensfälle ein, die nur deshalb nicht forensisch aufgearbeitet werden, weil die Geschädigten als medizinische und juristische Laien das Risiko scheuen, die Kosten des Gegners im Unterliegensfall ersetzen zu müssen, oder weil sie infolge der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr die Kraft haben, den Prozeß durch drei oder zwei Instanzen zu führen?

71. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der Verfahren ein, die – zum Beispiel bei bestehender Rechtsschutzversicherung – wegen Bagatellfällen oder ohne Aussicht auf Erfolg angestrebt werden?

Kausalitätsnachweis

72. Welche rechtlichen Probleme haben geschädigte Patienten im Zivilprozeß in der Regel, und mit welcher Häufigkeit?

73. Zu wessen Lasten gehen Zweifel beim Zurechnungszusammenhang bei nachgewiesener Falschbehandlung?

74. Welche praktische Erfahrung liegt vor aufgrund der Tatsache, daß geschädigte Patienten im Regelfall – von Beweiserleichterungen bei einem „groben Behandlungs- oder Arztfehler" entsprechend Rechtsprechung abgesehen – dreierlei nachweisen müssen, um ein für sie positives Gerichtsurteil zu erwirken: 1. Nachweis des Schadens; 2. Nachweis, daß dieser Schaden auf die Behandlung eines Arztes oder Krankenhauses zurückzuführen ist; 3. Nachweis von Verschulden des Arztes?

    Welcher der drei Nachweise gelingt bzw. mißlingt den Patienten mit welcher Häufigkeit?

75. Welche systematischen Probleme ergeben sich im Regelfall – von den oben erwähnten Ausnahmefällen der Beweiserleichterung bei „groben Behandlungs- oder Arztfehlern" abgesehen – für den Kausalitätsnachweis bei komplizierten Grundleiden, die dem Behandlungsfehler bereits vorangegangen sind, und einer Vielzahl weiterer Behandlungen?

V. Die Rolle der Sozialleistungsträger

§ 66 SGB V

76. Welche Erfahrungen liegen vor über die Anwendung des § 66 SGB V, wonach Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen können?

77. In welcher Form geschieht die Unterstützung durch die Krankenkassen?

78. Welche Auswirkungen hat der Wettbewerb zwischen den Kassen auf ihre Bereitschaft, die Patienten im Falle von Behandlungsfehlern zu unterstützen?

Regreß der Krankenkassen und anderer Träger

79. Auf welchem Wege erlangen die Versicherungsträger oder Sozialhilfeträger Kenntnis über Behandlungsfehler und daraus resultierende mögliche Regreßansprüche?

80. Prüfen die Versicherungsträger bzw. Sozialhilfeträger Regreßansprüche bei Verdacht auf Behandlungsschäden?

    Sind diese im Falle von nachgewiesenen Behandlungsschäden verpflichtet, den Schädiger in Regreß zu nehmen?

81. In welchem Maße machten die Sozialleistungsträger bisher von Regreßansprüchen nach § 116 SGB X beziehungsweise von der Möglichkeit des Schadensregresses bei vertragsärztlicher Versorgung Gebrauch?

82. Wie hoch ist der finanzielle Rücklauf zu den Versicherungsträgern und Trägern der Sozialhilfe aufgrund der Regreßnahmen?

    Wie hoch sind die Unterschiede zwischen den Krankenkassen?

83. Wie hoch ist der Anteil der erfolgreichen Regreßnahmen durch die Kassen nach Verfahren, bei denen die Patienten die Unterstützung der Krankenkassen erfuhren?

84. Welche Hindernisse stehen Regreßforderungen der Versicherungsträger und der Träger der Sozialhilfe im Wege?

VI. Gutachtertätigkeit (allgemein)

85. Gibt es ausreichend kompetente medizinische Sachverständige, die innerhalb kurzer Zeit – fachlich hochqualifiziert und mit Grundwissen der Haftungsrechtsprechung des Bundesgerichtshofs vertraut – ein Gutachten erstellen können?

    Wenn nein, warum nicht?

86. Muß die medizinische Ausbildung/Weiterbildung um die gutachterliche Tätigkeit erweitert werden?

87. Wie lange mußten die Beteiligten bei gerichtlichen Auseinandersetzungen über Medizinhaftpflichtfälle nach einem Begutachtungsauftrag auf die Gutachten warten? (Bitte gesondert nach Fachgebieten darlegen.)

88. Wirkt der MDK bei der gerichtlichen oder außergerichtlichen Begutachtung mit?

    Wenn ja, in welcher Form?

    Bei welcher Schlichtungsstelle oder bei welchem Gericht war dies bisher der Fall?

VII. Rolle der Haftpflichtversicherungen

89. Haben Ärzte mit Nachteilen bei ihrer Haftpflichtversicherung zu rechnen, wenn sie einen Behandlungsfehler sowie ihre Schuld eingestehen?

    Wenn ja, mit welchen Nachteilen haben sie zu rechnen, und bei welchen Haftpflichtversicherern?

    Wie oft wurde Ärzten der Versicherungsschutz entzogen, weil diese ein Schuldeingeständnis abgegeben hatten?

90. Auf welche Höhe belaufen sich die Schadensersatz- und Schmerzensgeldbeträge sowie die Rentenzahlungen, die bisher durch rechtskräftiges Urteil erstritten wurden? (Bitte gesondert darlegen nach Schadensart.)

Bonn, den 8. Mai 1998

Klaus Kirschner
Petra Ernstberger
Lilo Blunck
Regina Schmidt-Zadel
Dr. Marliese Dobberthien
Hermann Bachmaier
Ingrid Becker-Inglau
Hans-Werner Bertl
Peter Enders
Dagmar Freitag
Karl-Hermann Haack (Extertal)
Eike Hovermann
Gabriele Iwersen
Renate Jäger
Dr. Uwe Jens
Marianne Klappert
Dr. Hans-Hinrich Knaape
Horst Kubatschka
Brigitte Lange
Waltraud Lehn
Doris Odendahl
Dr. Martin Pfaff
Dr. Eckart Pick
Bernd Reuter
Gudrun Schaich-Walch
Horst Schmidbauer (Nürnberg)
Dagmar Schmidt (Meschede)
Dr. R. Werner Schuster
Dr. Angelica Schwall-Düren
Dr. Sigrid Skarpelis-Sperk
Wieland Sorge
Antje-Marie Steen
Dr. Peter Struck
Jella Teuchner
Dr. Gerhard Thalheim
Uta Titze-Stecher
Matthias Weisheit
Verena Wohlleben
Rudolf Scharping und Fraktion

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333